

理事長	常務理事	事務長	係員

宿泊助成金申請書

領収書(コピー可)を添付して提出して下さい。

※領収書の宛名は、被保険者本人か同居家族に限ります。

被保険者名 (職員名)	所 属	健康保険証の番号	連絡先 (内線番号等)	宿 泊 日	補助金額
		5700-		月 日	2,000円

宿 泊 施 設 名	住 所	電話番号

同行者があれば、下記に記入してください。(各々の領収書が必要)

被保険者名 (職員名)	所 属	健康保険証の番号	宿 泊 日	補助金額
		5700-	月 日	2,000円
		5700-	月 日	2,000円
		5700-	月 日	2,000円
		5700-	月 日	2,000円

計 円

宿泊助成金受領書

金 円

令和 年 月 日

受領者氏名

印